

Saksfremstilling

Råd/utvalg	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) - Helsefelleskapet Agder
Møtedato	13. Desember 2024
Saksnummer	46-2024
Saksbehandler	Marianne Næsland Formanek

Sakstittel	Akuttmedisinsk kjede - sluttrapport
-------------------	--

Forslag til vedtak:

1. Saken tas til orientering og SSU tilslutter at prosjektet avsluttes som planlagt 31.12.2024.
2. Videre arbeid organiseres i eget prosjekt med fokus på implementering og utbredelse. Plan for dette utarbeides av FSU'et i samarbeid med RS og legges frem for SSU i 2025.

Vedlegg:

- 01 - Sluttrapporter fra delprosjektene
- 02 - vedlegg delprosjekt 1
- 03 - vedlegg delprosjekt 2
- 04 - vedlegg delprosjekt 2
- 05 - vedlegg delprosjekt 3

Bakgrunn for saken

Prosjektet leverer sin sluttrapport etter plan. Dette inkluderer delprosjekt 1: Felles kompetanse, delprosjekt 2: Digitale løsninger, og delprosjekt 3: Behandlingsforløp for kronisk syke og skrøpelige eldre. Saksfremlegget fokuserer på vurdering av måloppnåelse, identifiserte gevinster, og foreslåtte videre tiltak basert på sluttrapportene.

Saksopplysninger

Prosjektet har fullført avslutningsfasen og legger frem anbefalinger på tiltak som kan gi umiddelbar effekt i den akuttmedisinske kjeden. Tiltakene fokuserer på bedre pasientforløp, redusert ressursbruk, og at behandling starter før pasienten kommer til sykehus.

Delprosjekt 1: Felles kompetanse

Prosjektet har gjennomført piloter på hospitering og samtrening, inkludert bruk av VR-simulering. Pilotene viser at det har forbedret samarbeidet mellom aktører i den akuttmedisinske kjeden og økt kompetansen blant helsepersonell.

Delprosjekt 2: Digitale løsninger

Dette delprosjektet har fokusert på implementering av kjernejournal (KJ) og bruk av video- og bildeteknologi. Pilotene viser at videoløsninger mellom ambulanse og legevakt gir betydelige gevinster i beslutningsstøtte, men krever organisatoriske endringer for bredere implementering.

Delprosjekt 3: Behandlingsforløp for kronisk syke og skrøpelige eldre

Dette delprosjektet har i hovedsak fokusert på pilotering av akuttsekk i hjemmetjenesten med opplæring i observasjonskompetanse og ISBAR ved bruk av VR og behandlingsplan med utprøving av OBSplan.

Tabellen viser hovedgevinstene og videre anbefalinger etter piloteringen i alle delprosjektene:

	Gvinster	Videre anbefaling
Delprosjekt 1		
Hospitering	<p>Økt tillit og forståelse: Bedre innsikt i roller og ansvar, forbedret kommunikasjon og justerte prosedyrer.</p> <p>Tryggere pasientoverganger: Bedre kommunikasjon om pasientbehov, økt pasientsikkerhet.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Benytte gjensidig hospitering mer enn tidligere og sikre at hospitering blir en fast del av arbeidskulturen for å opprettholde og videreutvikle situasjonsforståelse og tillit.2. De ulike kommunene er ulikt organisert med legevakt og KØH, det er derfor behov for å undersøke hvordan en slik hospitering kan gjennomføres i de andre kommunene

		<p>3. Gjennomgå prosedyrer jevnlig basert på erfaringer fra hospiteringen for å sikre at de er oppdaterte og relevante.</p> <p>4. Utnytte mulighetene som ligger i den etablerte gjensidige hospiteringen på tvers av sykehus og kommune</p>
Samtrening	<p>Økt tillit og samarbeid: Bedre forståelse av roller, deling av erfaringer, felles prosedyrer.</p> <p>Bedre behandlingskvalitet: Identifisering av svakheter, kontinuerlig forbedring, bedre forberedelse.</p> <p>Økt medarbeidertilfredshet: Økt kompetanse, bedre arbeidsmiljø, personlig utvikling.</p>	<p>1. Det bør satses på å få på plass fasilitatorer i alle kommuner (pdd mangler 8 kommuner egne fasilitatorer)</p> <p>2. Fortsette med regelmessige simuleringer for å opprettholde innsikten i oppgaver og ansvarsområder i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.</p> <p>3. Simulering bør legges inn i turnus</p>
VR-simulering	<p>Økt tillit og samarbeid: Bedre innsikt i arbeidsmetoder, trening på samarbeid, trygg mengdetrening.</p>	<p>1. For å bredde bruk av VR i kommuner og sykehus på Agder er det behov for å undersøke hvordan dette kan rigges.</p> <p>2. For å innføre VR på fast basis krever det at man klarer å endre arbeidsmønster/-metodikk i tjenesten og at man har en endringsvilje blant personellet. Dette krever involvering og oppfølging over tid.</p> <p>3. Utforsk mulighetene for tverrfaglige VR-simuleringer som involverer flere aktører samtidig, for å styrke samarbeidet ytterligere.</p>
Delprosjekt 2		
Video- og bilde-teknologi	<p>Bruk av video mellom ambulanspersonell og legevaktlege gir i første omgang brukerne økt situasjonsforståelse, og dermed økt beslutningsgrunnlag for legene som skal ta en avgjørelse rundt pasientbehandlingen. I piloten har video bidratt til økt behandlingskvalitet ved at legen får førstehåndsopplysninger (bilde av pasient vs. gjenfortalt via ambulanspersonell).</p> <p>Ved å få økt innsikt i pasientstatus og aktuell situasjon har legene fått mulighet til å ta beslutninger som er tilpasset den enkelte: mer individtilpasset behandling / tiltak, for eksempel vurdere om pasient kan bli igjen hjemme med tilsyn av pårørende / hjemmesykepleie.</p> <p>Bruk av video mellom ambulanspersonell og lege understøtter økt samarbeid mellom involverte aktører og gode løsninger for pasientene. Ambulanspersonell befinner seg tidvis i krevende situasjoner, og opplever økt støtte fra legene ved bruk av video. Dette kan</p>	<p>1. De ulike legevakter i Agder er ulikt organisert og det er derfor behov for å undersøke hvordan video kan brukes og implementeres ved de resterende legevaktene.</p> <p>2. Erfaring fra andre piloter og videoløsninger bør undersøkes før man beslutter hvilke løsninger som egner seg for de ulike legevaktområdene.</p> <p>3. For å innføre video på fast basis krever det at man klarer å endre arbeidsmønster/-metodikk i tjenesten og at man har en endringsvilje blant personellet. Dette krever involvering og oppfølging over tid.</p>

	<p>igjen bidra til <u>økt tillit mellom de involverte aktører i den akuttmedisinske kjede.</u></p> <p>Økt trygghet for pasient ved bruk av video er også en gevinst som er identifisert gjennom evaluering fra ambulanspersonell.</p>	
Kjernejournal	<p>For å få utnyttet potensialet i KJ (<u>økt pasientsikkerhet, økt behandlingskvalitet og mer individtilpasset behandling/tiltak</u>) anbefaler delprosjektet et videre fokus på å understøtte økt bruk av KJ i den akuttmedisinske kjede.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det bør satses på å understøtte videre implementering og bruk av KJ i Agder, med mål om å ta i bruk ny funksjonalitet fortløpende (behandlingsavklaringer, pasientens legemiddelliste m.m.), avhengig av nasjonale leveranser. 2. Det er behov for å gjøre status og muligheter i KJ kjent blant aktuelle aktører i den akuttmedisinske kjede, for å understøtte bruk. 3. Bruk av psykiatrisk kriseplan i KJ er en utnyttet mulighet som bør undersøkes nærmere.
Felles digital kurve	<p>Delprosjektet har initiert og understøttet arbeid med å ta i bruk bildefunksjon i A-EPJ (ambulansenes journalsystem) for overføring av målinger utført i primærhelsetjenesten, legemiddelliste, samt annen relevant skriftlig dokumentasjon. Dette muliggjør overføring av relevant informasjon mellom aktører i den akuttmedisinske kjede, og gir nye dokumentasjonsmuligheter, som vil kunne bidra til <u>økt behandlingskvalitet og økt pasientsikkerhet.</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det anbefales å jobbe mot felles systematikk i bruk av ABCDE-undersøkelse, NEWS2-score og ISBAR i hele kjeden, uavhengig av EPJ-system. 2. Det er ingen tvil om at en felles digital kurve er ønskelig, men dette ansees som et stort og kostbart initiativ. 3. Bruk av APIer ansees som mer nærliggende og realistisk for deling av relevante data.
Delprosjekt 3		
Innføre standardisert akutt koffert i hjemmetjenesten	<p>Det å kunne kommunisere ved hjelp av et felles «språk» i kontakt med f.eks. lege, AMK, legevakt eller ambulanspersonell sikrer effektiv informasjonsoverføring. I tillegg til å inngi tillit, vil slik informasjonsutveksling bidra til økt pasientsikkerhet fordi man systematiserer og analyserer tilgjengelig informasjon. Det vil også kunne bidra til at pasienten sikres riktig behandling til riktig tid. Dette bildet forsterkes ytterligere dersom man benytter ISBAR i informasjonsoverføringen.</p>	<p>Prosjektgruppen anbefaler at alle kommuner skal sikre at hjemmesykepleien har en akuttsekk pr ansatt som utfører ambulerende oppdrag i bil i Agder.</p> <p>Det anbefales også at opplæring av alle som jobber i hjemmesykepleien sikres, så de kan utføre NEWS2 og strukturert kommunikasjon ved hjelp ISBAR.</p> <p>Prosjektgruppen ser at bruk av VR i opplæringsøyemed sikrer god og trygg opplæring i en hverdag hvor det er vanskelig å sette av tilstrekkelige ressurser til ulike former for opplæring.</p> <p>Prosjektgruppen anbefaler videre at innføring av akuttsekk i hjemmesykepleien i tilstrekkelig omfang (en sekk pr. bil) blir en nasjonal standard. En akuttsekk/koffert har pr. d.d. en kostnad på mellom kr. 4-5000.- avhengig av leverandør.</p>
Innføre behandlingsplan på sykehjem og i hjemmetjenesten	<p>Ved å implementere en strukturert mal for bruk i arbeidet er prosjektgruppen av den oppfatning, at man forenkler arbeidet med behandlingsavklaringer. For pasienter vil en slik plan, gi bedre forutsetninger for hvordan</p>	<p>Det bør satses på å sikre implementering av OBSplan eller tilsvarende strukturert behandlingsplan, i alle kommuner i Agder. Behandlingsplaner bør lagres både i kommunens eget EPJ-system og i kjernejournal.</p>

	helsepersonell best skal ivareta den enkelte og deres pårørende når situasjonen tilsier det.	
--	--	--

Som nevnt i sak 38-2024 ser prosjektet det som nødvendig å jobbe videre med en koordinerende rolle i den videre implementering av tiltak i den akuttmedisinske kjede i Agder. SSHF kan bruke noe ressurs en begrenset periode for å møte koordineringsbehov i en implementeringsfase, 20% i 2025. Prosjektledelsen har vært i dialog med OUS sin prehospital koordinatør, basert på dette er det ikke aktuelt på nåværende tidspunkt å gå videre med dette, men det vil følges opp i det videre arbeidet med implementeringen. Prosjektet har gjenstående ramme på kr 895', fordeling av disse legges frem i SSU-møtet 07.02.2025.

Læringspunkter fra prosjektet:

De ulike delprosjektene har ulike læringspunkter, under følger det som prosjektet som helhet har erfart

- Manglende kontinuitet og utskifting av prosjektdeltakere er en utfordring, det bør oppnevnes vara-deltaker hvis mulig.
- Innføring av teknologiske løsninger mellom forvaltningsnivåene krever involvering av mange aktører, blant annet systemansvarlige, brukere, personvernombud og brukerrepresentant.
- Tidkrevende forarbeid før pilotering av digitale løsninger
- Implementering av nye løsninger og endring av arbeidsmetoder er tidkrevende og kanskje særlig utfordrende i akuttmedisinsk kjede hvor tidskrav og pågang tidvis er stor.
- Det er krevende å få oversikt over pågående prosjekter andre steder, både lokalt og nasjonalt.
- Stor vilje og ønske om å få til gode løsninger på tvers gir mulighetsrom.
- Stabil prosjektledelse og -koordinering med faste regelmessige møtepunkter er nødvendig.
- Det er krevende å etablere møtepunkter på tvers av forvaltningsnivåene og sikre kontinuitet og fremdrift.
- Deling av informasjon på tvers av forvaltningsnivå er vanskelig uten etablert felles nettsted/plattform.
- Inkludering av alle aktuelle aktører i prosjekter i akuttmedisinsk kjede som går over lengre tid er ressurskrevende og krever tilgang til dedikerte og stabile fagressurser og frikjøp av tid.

Vurderinger

Prosjektet avsluttes og overleveres til prosjekteier som planlagt. Videreføring i et implementeringsprosjekt sikrer at erfaringer og tiltak fra sluttrapportene blir iverksatt. Sluttrapportene viser at mange tiltak har stort potensial, men krever organisatoriske endringer og oppfølging for å realiseres fullt ut. Involvering av FSU og RS i planleggingen sikrer tverrfaglig samarbeid og gir et solid grunnlag for videre tiltak, dette kan styrke implementeringen på tvers av kommuner og sykehus. For å lykkes med implementeringen av tiltakene kreves det dedikerte ressurser, særlig i form av tid, personell og økonomisk støtte.